

Лечение деструктивных форм хронического верхушечного периодонтита
остеопластическим препаратом КоллапАн-гель

С.В. Мелехов, А.В. Сенников

Кафедра терапевтической стоматологии (зав. кафедрой - проф. М.М.
Царинский)

Краснодарская государственная медицинская академия

Специалистам-стоматологам известно, что, помимо непосредственно стоматологической проблемы, деструктивные периодонтиты представляют опасность для организма в целом, так как способны нарушить иммунологический статус пациента, осложнить течение заболеваний внутренних органов и систем вплоть до развития хронического сепсиса (Боровский, 1997).

Проблема лечения деструктивных форм хронического периодонтита остается чрезвычайно актуальной в нашей стране. Пациенты с различными формами периодонтита составляют 30-40% от общего числа обратившихся в клинику терапевтической стоматологии (Иванов, Гемонов, 1984). Причем среди хронических форм преобладают деструктивные (гранулирующий, гранулематозный, кистогранулемы, радикулярные кисты) (Мелехов, 1997).

Перед врачом-стоматологом, в этой связи, каждый раз возникает дилемма. Либо удалить зуб и не допустить наступления серьезных сдвигов в организме, т.е. гарантировать пациенту долгосрочный результат лечения (зарубежный подход), либо попытаться ликвидировать заапикальный очаг деструкции (соответственно - с условной гарантией).

Казалось бы, первый вариант предпочтительнее, однако в странах с высоким уровнем развития стоматологической помощи периодонтит - это исключение, в нашей же стране - правило! Получается, что при первом варианте лечения большинство зубов с осложнением кариеса должны быть удалены.

При лечении деструктивных форм периодонтитов стандартно принятые приемы эндодонтического лечения (хирургическая и антисептическая обработка макро- и микроканалов), по мнению большинства авторов, должны быть дополнены активным заапикальным воздействием.

Для успешной заапикальной терапии значение имеют материалы и уровень заполнения корневого канала.

Выбор корневого пломбировочного материала, объем и уровень заполнения корневых каналов при различных патологических состояниях представлены в литературе неравнозначно (Мелехов, 1997).

Для деструктивных форм периодонтита также рекомендуют 2 уровня пломбирования: до верхушечного отверстия и с выведением пломбировочного материала в очаг поражения (Camps, Lambruschini, 1991; Garcia, Lolianno, 1990; Valavanis, Spyropoulos, Kerezoudis, 1990).

Имеются данные, что перепломбирование либо совпадало, либо даже было вызвано истинной этиологией неудач - плохой обработкой и герметизацией системы корневых каналов. При наличии избытка материала за верхушкой корня зуба или даже слишком длинном штифте, прошедшем через апикальное отверстие до того, как канал был полностью запломбирован (имеется в виду obturation апекса штифтом при хорошо обработанных каналах). Несмотря на то, что наилучшим является пломбирование канала точно до апикального отверстия, даже значительный избыток пломбировочного материала, редко вызывает персистирующую боль или реинфекцию, если вся система каналов обработана, очищена и запломбирована (Carnevale, Di Febo, Tonelli et al., 1991; Christie, Holthuis, 1990; Shida, 1990).

Однако сторонники методики перепломбирования разноречивы в сроках рассасывания пломбировочного материала в периодонтальном очаге, которое идет параллельно с восстановлением костной структуры при благоприятном исходе лечения. Соответственно пломбировочный материал будет физическим препятствием для полной оссификации очага деструкции.

В последние годы представлен ряд активно действующих препаратов для восстановления костной ткани в патологическом очаге. В стоматологической практике используется лекарственная модификация кальций-фосфат керамики - гидроксиапатит ультратонкой дисперсности «Остим-100» (Попова, 1999), пористая гидроксиапатит керамика (Гречишников, 2000), биоактивный костнопластический материал на основе однородной композиции особо чистого гидроксиапатита, коллагена специальной обработки и антибиотика (КоллапАн) (Сенников, Мелехов, 1999).

Целью предпринятого исследования явилось клиническое изучение эффективности костнопластической функции новой модификации КоллапАна в форме геля при деструктивных периодонтитах (препарат для исследования предоставлен фирмой «Интермедапатит», г. Москва).

Материал и методы исследования

В период 2002-2003гг. на базе кафедры терапевтической стоматологии КГМА было проведено лечение 8 пациентов с деструктивными заапикальными процессами (гранулирующий и гранулематозный периодонтиты, кистогранулемы и радикулярная киста). По стандартной методике проводили эндодонтическую обработку корневых каналов до анатомической верхушки. Далее испытывали зуб на «герметизм» и канал пломбировали КоллапАн-гелем с незначительным выведением его за верхушку. Во всех случаях был использован КоллапАн-гель, содержащий антибиотик линкомицин.

Способы введения препарата могут быть различными. При суженных каналах и апикальном отверстии малого диаметра введение КоллапАна мы осуществляли на каналонаполнителе (для придания необходимой консистенции в гель *ex tempore* добавляли оксид цинка до 5% по объему). В

«широкие» каналы геля возможно ввести через иглу (фирма-производитель комплектует упаковку материала достаточным количеством игл-насадок различного диаметра). Целесообразно, на наш взгляд, сделать одно практическое замечание: иглу не следует плотно обтурировать в канале во избежание продвижения материала воздушной пробкой.

При положительной клинической ситуации через 1 месяц остатки геля извлекали из корневого канала и проводили постоянное пломбирование корневых каналов гуттаперчей. Динамически осуществлялся R-контроль через 3 месяца и 1 год.

Результаты исследования и их обсуждение

Об эффективности проведенного лечения судили на основании отсутствия жалоб, результатов объективного обследования и R-данных.

В настоящем исследовании у 4 пациентов в ходе первичного введения КоллапАн-геля наступали осложнения в виде обострения хронического периодонтита вплоть до развития периостального абсцесса. Последний вскрывался хирургическим путем. Во всех «обострившихся» случаях КоллапАн-гель вводился либо в первое посещение (1 клинический случай), либо после испытания зуба на «герметизм», но при неполностью купированной экссудации из каналов (3 клинических случая).

У 4 пациентов, зубы которых выдержали испытание на «герметизм» при отсутствии экссудативного компонента, обострения в ходе лечения не наблюдалось. R-положительный результат остеогенеза в заапикальной области мы наблюдали начиная с третьего месяца после выведения КоллапАн-геля, т. е. через 2 месяца после постоянного пломбирования.

Приводим два клинических примера.

Пациент Н., 20 лет. Диагноз – хронический гранулирующий периодонтит 11 и несостоятельный остеогенез в зоне резекции верхушки 12. Каналы обоих зубов первоначально запломбированы неудовлетворительно. Через два месяца после постоянного пломбирования заметно уменьшился очаг деструкции в области 11, хорошо просматриваются костные балочки в области резекции верхушки 12 (рис. 1, 2).

Пациентка К., 34 года. Диагноз – кистогранулема 21, тотальное разрушение коронки зуба. Пациентка обратилась в клинику в связи с эстетическим дефектом. При объективном обследовании в проекции верхушки корня 21 обнаружены множественные выходы свищевых ходов. КоллапАн-гель был введен после хирургической и антисептической обработки канала сроком на 1 месяц. Через 6 месяцев от начала лечения заапикальный очаг организовался костными балочками, зуб готовится под коронку (рис. 3, 4).

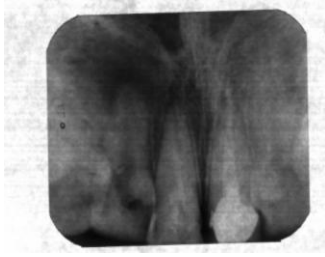


Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

Выводы

Модификация препарата КоллапаАн в форме геля («Интермедапатит», г. Москва) вызывает активизацию остеогенеза в заапикальном пространстве при деструктивных формах периодонтита. Сроки реабилитации при его применении сокращаются в 2-3 раза по сравнению с традиционным завершением лечения (пломбированием каналов гуттаперчей до анатомической верхушки). Особенно эффективным оказалось лечение хронического гранулирующего периодонтита со свищами у лиц молодого возраста.

В связи с расширением за последний год фирмой «Интермедапатит» спектра выпускаемых препаратов (с содержанием метронидазола, клафорана, диоксилина, рифампицина) планируется продолжение сравнительных исследований.

Литература:

1. Боровский Е.В. Терапевтическая стоматология. – М.: Медицина, 1997.
2. Гречишников В.В. Комплексное лечение хронических деструктивных периодонтитов зубов человека: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2000. – 19 с.
3. Мелехов С.В. Обоснование лечебно-профилактических мероприятий и прогноза при развитии осложнений кариеса: Дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1996. – 287 с.

4. Попова Т.Г. Применение биокерамики для восстановления протезного ложа при заболеваниях пародонта: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 20 с.
5. Сенников А.В., Мелехов С.В. Клинический случай применения современного биоматериала для костной пластики «Коллапана» // Актуальные вопросы стоматологии. Сборник научных трудов. - Ростов-на-Дону, 1999. – С. 90-92.